

Eesti Arst 2003; 82 (3): 222–227

Sotsiaaltöötajate tegevusvaldkonnad Eesti raviasutustes

Dagmar Narusson – TÜ Kliinikumi lastekliinik, Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon

tervishoiu sotsiaaltöö, sotsiaaltöö raviasutustes, raviasutuste sotsiaaltöötajate tegevusvaldkonnad

Mitmes Eesti raviasutuses töötavad kõrvuti teiste spetsialistidega sotsiaaltöötajad, kuid senini on puudunud ülevaade nende tegevusvaldkondadest. Artiklis kirjeldatud uurimust ajendas korraldama praktiline vajadus välja selgitada Eesti raviasutuste sotsiaaltöötajate tegevusvaldkonnad, et analüüsida ja teadvustada sotsiaaltöötajate panust tervishoiuasutuse klientide abistamisel.

Sotsiaaltöö raviasutuses on tervishoiu sotsiaaltöö üks harudest, mis vaatamata oma sekundaarsele positsioonile võrreldes meditsiinierialadega täidab olulisi eesmärke nii kliendi heaolu kui tervishoiuorganisatsiooni toimimise seisukohalt (1). Kliendi heaolust lähtuvalt on raviasutuse sotsiaaltöö peamine eesmärk aidata kaasa üksikinimeste, perede ja kogukondade tervise, haiguse või meditsiiniabi kättesaadavusega seotud psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisele (2). Sotsiaaltöötajate tegevuse väärtus püsib just paindlikul sotsiaalsete, psühholoogiliste, majanduslike aspektide ning haiguse, tervise vaheliste seoste käsitlemisel. Sotsiaaltöötaja tegevus võib olla suunatud üksikinimesele, inimestevahelistele ja/või inimese ja keskkonna vahelistele suhetele (3–5). Tervishoiuorganisatsiooni toimimise seisukohalt on sotsiaaltöö eesmärk mõjutada probleemide käsitlemist tervishoius, rõhutades selleks vajadust vaadata inimese hetkekaebusi avaramas kontekstis, ning jälgida haigusele eelnevaid ja sellega kaasnevaid sotsiaalseid aspekte (1, 6).

Eesmärkidest lähtuvalt on erialase ettevalmistusega sotsiaaltöötajatel erinevate riikide raviasutustes erinevad tööülesanded. Eestis on alles viimastel aastatel palgatud raviasutustesse selline arv sotsiaaltöötajaid, mis võimaldab tõstatada küsimuse Eesti raviasutuste sotsiaaltöötajate tegevuse kohta klientide psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisel.

Praktilisest vajadusest ajendatuna oli uurimuse põhieesmärgiks analüüsida Eesti raviasutuste sotsiaaltöötajate ametijuhendites kirjeldatud tööülesandeid ning igapäevatööd võrreldes sotsiaaltöötajate tegevusvaldkondadega tervishoiu sotsiaaltöö pikkade traditsioonidega riikides.

Uurimismaterjal ja -meetodid Andmekogumise meetodid

Uurimus korraldati kolmes etapis.

I. Raviasutustes praktiseerivate sotsiaaltöötaja ametinimetust kandvate spetsialistide välja selgitamiseks küsitleti telefoni teel 68 haigla halduspersonali. Küsitluse tulemusel selgus, et 14 erinevas raviasutustes töötas kokku 22 sotsiaaltöötajat (oktoober 2001).

II. Järgnevalt informeeriti 14 raviasutuse juhti uurimusest ning koguti (elektronposti ja faksi vahendusel) kõigi sotsiaaltöötajate kehtivad ametijuhendid (oktoober 2001). Kokku saadi 16 ametijuhendit.

III. Uurimuse III etapis paluti 22 sotsiaaltöötajal etteantud vormi kohaselt kolme nädala vältel kirjeldada oma igapäevast tegevust ja panna kirja igale erinevale tööle kulunud aeg. See etapp kestis oktoobrist detsembrini 2001. Kokku saadi 18 sotsiaaltöötajalt 244 tööpäeva kirjeldus. Analüüsiks sobimatud olid 4 spetsialisti andmed, mis ei vastanud etteantud nõuetele. Seejärel küsitleti kõiki vastanud, et saada andmeid nende erialase ettevalmistuse, tööstaži ning nende ametijuhendite

koostamise kohta, lisaks paluti, et vastanud annaksid uurimusele oma hinnangu.

Analüüsimeetodid

Saadud tekstimaterjali analüüsi, kasutades kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodit (7). Analüüsi- protsessis koostati Ameerika, Austraalia ja Euroopa raviasutuste sotsiaaltöötajate tegevusvaldkondi käsitlevate uurimuste ning praksist kirjeldavate dokumentide põhjal ühtne sotsiaaltöötaja tegevusvaldkondade kategooriate süsteem (vt tabel 1). Analüüsi hõlbustamiseks toodi välja iga tegevusvaldkonna kohta kasutatavad terminid, definitsioon ning kodeerimisreeglid. Järgnevalt valiti ametijuhendite eelnevalt kodeeritud tekstidest välja töötajate põhi- ja lisaülesanded ning jaotati 9 otsese ja 9 kaudse klienditöö tegevuskategooria alla. Kolmandas analüüsi etapis jaotati sotsiaaltöötajate igapäevategevused tegevuskategooriatesse ning seejärel täpsustati uurimuses osalejatega nende tegevuste sisu. Uurimuse usaldusväärsuse huvides vaadati kogu liigitatud tekstimaterjal üle kahel korral.

Kasutatud meetodid võimaldasid teha kolmetasandilise võrdluse: võrreldi 1) ametijuhendites kirjeldatud tööülesandeid ja igapäevategevust Eesti sotsiaaltöötajatel; 2) ametijuhendites kirjeldatud tööülesandeid Eestis ja sotsiaaltöötajate tegevusvaldkondi mujal; 3) sotsiaaltöötajate igapäevatööd Eestis ja mujal. Tulemuste esitamisel käsitleti eraldi üldhaiglate, spetsialiseeritud raviasutuste (-keskuste) ja hooldushaiglate sotsiaaltöötajate tegevusvaldkondi.

Tabel 1. Raviasutuste sotsiaaltöötajate tegevusvaldkonnad	
Kategooria	
A otsene klienditöö	B kaudne klienditöö
A1 hindamine	B1 dokumentatsiooni vormistamine
A2 sekkumisploani koostamine	B2 konsulteerimine
A3 kriisisekkumine	B3 teenuste korraldamine
A4 nõustamine	B4 töö infomaterjalidega
A5 informeerimine	B5 erialane enesearendamine
A6 ressursside koordineerimine	B6 õpetamine
A7 rühmatöö korraldamine	B7 uurimuste korraldamine
A8 kodukülastus	B8 organisatsiooniline tegevus
A9 muu klienditöö	B9 muu tegevus

Tulemused

Uurimuse ajal töötas 22 sotsiaaltöötajast 6 üldhaiglas, 14 spetsialiseeritud raviasutuses (6 psühhiaatrilises raviasutuses, 3 lastehaiglas, 2 kuulmiskeskuses, 3 mujal) ning 2 hooldushaiglas. Sotsiaaltöötajate ametikohti oli kokku 20,5. Erialase kõrgharidusega oli või seda omandas 18 töötajat.

Kõige enam tegelesid uurimuses osalenud sotsiaaltöötajad igapäevases klienditöös informeerimise, nõustamise ja ressursside koordineerimisega. Neid tegevusvaldkondi nimetati kõige sagedamini ka sotsiaaltöötajate ametijuhendites.

Informeerimine kui tegevus hõlmas üldhaiglate, spetsialiseeritud raviasutuste ja hooldushaiglate sotsiaaltöötajad ning see moodustas keskmiselt 2,7–8,4% sotsiaaltöötajate tööajast olenevalt asutuse tüübist. Võrreldes igapäevatööga kirjeldati vaid 6 ametijuhendis 16st informeerimist.

Vastavalt rahvusvaheliselt aktsepteeritud kriteeriumitele hõlmab informeerimise tegevuskategooria õpetamist (eesmärgiga suurendada kliendi teadlikkust teatud protsessidest, nähtustest) ja infojagamist teenuste, toetuste, seaduslike regulatsioonide ja kogukonna ressursside kohta. Eesti sotsiaaltöötajate ametijuhendites on vähe kirjeldatud tegevusvaldkonna sisu. Nimetati vaid toimetulekuoskuste õpetamist, info jagamist abivahendi taotlemise kohta. Igapäevatöös aga edastasid sotsiaaltöötajad teavet nii teenuste (nt hooldekodu-, erinevate avahooldusteenuste, laste hoolekande- ja haridusasutuste, nõustamiskeskuste aga ka kinnisvarafirmade jt asutuste ja teenuste kohta), dokumentide vormistamise, asjaajamise protseduuride kohta (nt isiku- dokumentide, surmatõendi, omavalitsuse ja riiklike toetuste taotlemise, puude määramise protseduuride jm kohta), sotsiaal-, haridus- ja meditsiini valdkonda reguleerivate seaduste kohta. Lisaks tutvustasid sotsiaaltöötajad klientidele meeskonnatöö ja rehabilitatsiooni põhimõtteid, haiglas pakutavaid teenuseid (nt rühmatöö psühhiaatriaiglas).

Inimesi **nõustas** 16 uurimuses osalenud sotsiaaltöötajat ja selleks kulus 5,3–15,3% tööajast. Nõustamist kirjeldati 10 ametijuhendis. Nõustamine sisaldab konsulteerimist ja psühhosotsiaalset nõustamist ning on võrreldes informeerimisega sügavam sekkumistegevus, eeldades erialateadmiste kasutamist üksikinimete/perede psühhosotsiaalsete probleemide leevendamiseks. Põhiprobleemid, millega raviastutuste sotsiaaltöötajate poole uuringuperioodil pöörduti, olid edasine hooldus, igapäevaelu korraldamine pärast haiglaravi (sh elamis- ja olmetingimuste parandamise võimalused, töötamise jätkamine); abi- ja hooldusvahendite kasutamine; psühholoogiline toimetulek enda või pereliikme haigusega (sh hirm/süütunne seoses pereliikme hooldusasutusse paigutamisega); inimestevahelised konfliktid; lapse sõltuvus- ja kooliprobleemid jne.

Ressursside koordineerimine oli esinemisageduselt kolmas tegevusvaldkond, millele kulus sotsiaaltöötajatel keskmiselt 0,5–8,3% tööajast sõltuvalt asutuse tüübist. Sellesse tegevusvaldkonda jäävaid tööülesandeid kirjeldati 10 ametijuhendis.

Ressursside koordineerimine on koondnimetus kolmele erineva sekkumissügavusega tegevusrühmale: suunamine (kliendi saatmine spetsialisti juurde, kes osutab või korraldab vajalikku teenust), koordineerimine (koostöö erinevate mittemeditsiini- ja meditsiinispetsialistidega kliendile vajalike teenuste kättesaadavuse tagamiseks) ja ressursside pakkumine (kliendi abistamine ressursi taotlemisel või kliendi eest asjaajamine). Uurimuses selgus, et Eesti raviastutuste sotsiaaltöötajate igapäevatöö selles tegevusvaldkonnas sisaldas kliendi eest asjaajamist haigekassa, pensioniameti, kodakondsus- ja migratsiooniameti, perekonnanseisumeti piirkondlikes büroodes, samuti notaribüroodes, pandimajas; abistamist eluasemekulude tasumisel jne. Sotsiaaltöötajatel tuli "asju ajada" peamiselt vaimse tervise probleemidega või teiste oluliste toimetulekuraskustega klientide eest. Võrdluseks võib öelda, et ametijuhendites kirjeldati (dokumendi teksti mahtu arvestades) kõige

rohkem üksikuid ressursside pakkumisi, kuid ei nimetatud tööülesandeid, mis kuuluvad suunamise ja koordineerimise alla.

Eespool kirjeldatud klienditöö tegevusvaldkondadega võrreldes oli igapäevatöös ja ametijuhendites vähem esindatud hindamine, sekkumisplaani koostamine, rühmatöö korraldamine ja kodukülastused. **Hindamist** ja **sekkumisplaani** (peamiselt rehabilitatsiooniplaani) **koostamist** (mõeldud on nõustamis- jm protsessist eraldiseisvate tegevustena) korraldas 4 üldhaiglate ja spetsialiseeritud raviastutuste sotsiaaltöötajat, seda ei teinud hooldushaiglate töötajad. Sellele kulus keskmiselt kuni 0,5% tööajast ja seda kirjeldati 7 ametijuhendis. Hindamine ja sekkumisplaani koostamine tähendas uuritud ajavahemikul sotsiaaltöötaja poolt kliendile sotsiaalse rehabilitatsiooniplaani koostamist rehabilitatsioonimeeskonna liikmena.

Rühmatööd klientidele või nende pereliikmetele korraldas regulaarselt 2 sotsiaaltöötajat (keskmiselt kuni 2,7% tööajast). **Kodukülastusi** tegi 2 sotsiaaltöötajat, kellest ühel kulus töönädalas üks päev külastustele. Igapäevatöö kirjeldamisele järgnenud küsitluse põhjal selgus, et vajadusel on rehabilitatsiooniplaani koostanud ja kodu külastanud veel 2 sotsiaaltöötajat.

Uurimuse tulemuste põhjal ei tegelenud sotsiaaltöötajad igapäevatöös kriisisekkumisega. Nimetatud asjaolu vajab põhjalikumat uurimist, sest see tegevus võis olla osa nõustamisprotsessist.

Kliendiga tehtava töö kõrval peetakse tervishoiu sotsiaaltöö pikkade traditsioonidega riikides oluliseks ja teatud määral vältimatuks **klienditööd toetavaid tegevusvaldkondi**, kus spetsialist ei ole kontaktis kliendiga: konsulteerimine (konsultatiivne tegevus raviastutuses või väljaspool raviastutust praktiseerivate spetsialistidega); dokumentide vormistamine; teenuse korraldamine; töö infomaterjalidega (töö seadustega, infomaterjalide koostamine, klienditööks vajalike materjalide ettevalmistamine jmt); erialane enesearendamine; uurimus- ja õppetöös osalemine

ning organisatsiooniline tegevus. Nimetatud tegevusvaldkondadest kulus uuritud ajavahemikul Eesti raviasutuste sotsiaaltöötajatel kõige enam aega **erialasele enesearendamisele** (olenevalt asutuse tüübist kuni 22,3% tööajast), **teenuste korraldamisele** (kuni 17,2% tööajast). Viimati mainitud tegevusvaldkond sisaldas raviasutuses koosolekutel ja nõupidamistel osalemist ning väljaspool osakondade külastamist, piirkonna sotsiaalteenuste osutajatega läbirääkimiste pidamist (sh koostöö planeerimist), kliendi kohta infomaterjalide otsimist jmt.

Konsulteerimisega tegelesid kõik uurimuses osalejad; olenevalt asutuse tüübist kulus selleks spetsialistil kuni 24% tööajast. Asutusesiseselt konsulteeriti peamiselt raviarstide, õdede, psühholoogide, eripedagoogidega; väljaspool asutust kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate, perearstide, hoolekandetasutuste, teiste raviasutuste, haigekassa, pensioniameti, politseiprefektuuri, rahvastikuregistri jpt institutsioonide esindajatega. Konsultatsioonid sisaldasid infopäringuid kliendi ja/või teenuste kohta, samuti teabe edastamist koostööpartneritele ning ühiseid arutelusid mingi juhtumi üle.

Dokumentide vormistamisele kulus sotsiaaltöötajatel kuni 16% tööajast. Sotsiaaltöötajad koostasid kirju (erinevatele koostööpartneritele), aruandeid asutuses osutatud teenuste ja oma töö kohta, juhtumikokkuvõtteid, tegid sissekandeid haiguslugudesse. Lisaks tuli mõnel sotsiaaltöötajal täita nende kompetentsi mittekuuluvaid ülesandeid: väljastada sünnitõendeid, koostada arstide eest kirju ja täita raviarveid.

Igapäevase klienditöö kõrval peavad sotsiaaltöötajad leidma aega enese kursishoidmiseks seaduste, kogukonnas kättesaadavate teenuste ja ressurssidega. Sotsiaaltöötaja ülesandeks on teha see info klientidele kättesaadavaks, nt koostada selleks infolehti jm. **Tööd infomaterjalidega** kirjeldati vaid 3 ametijuhendis, kuid infokogumise ja -materjalide koostamisega tegelesid kõik uurimuses osalenud spetsialistid (6,5% tööajast).

Mitteklienditöö tegevusvaldkondadest oli Eesti sotsiaaltöötajate igapäevatoos vähem esindatud õpetamistegevus (osales 10 töötajat; 3,3% tööajast) ja uurimistööde korraldamine (osales 1 töötaja). Organisatoorses ehk kogukonnatoos osales uuritud ajavahemikul 4 spetsialisti ning see tähendas koostööd kliendigruppe organisatsioonidega, kaastöö tegemist projektide elluviimisel (nt rehabilitatsioonikeskuse rajamisel).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et ametijuhendites on põhjalikumalt välja toodud kaudse klienditöö tegevusvaldkonnad võrreldes klienditööga ning sotsiaaltöötajate igapäevatoos ei kajastu ametijuhendites kirjeldatud tööülesannetes terviklikult.

Arutelu

Tervishoiuasutuste üldisest eesmärgist ning ravil olevate klientide igapäevaelu vajadustest tulenevalt on sotsiaaltöötajate põhitegevusvaldkonnad raviasutustes sarnased. Samas on igas konkreetse raviasutuses sotsiaaltöötaja(te) tööülesannete rõhuasetus erinev ja see sõltub 1) raviasutuse klientide vajadustest; 2) raviasutuse tegevuse eesmärkidest, asukohast, suurusest; 3) sotsiaaltöö ressurssidest (sotsiaaltöötajate arv, ettevalmistus, kasutada olevad ressursid jne) (6).

Uurimuse tulemuste põhjal võib väita, et Eestis on sotsiaaltöö tegevusvaldkondadest suhteliselt hästi välja kujunenud informeerimine, nõustamine ja ressursside koordineerimine. Sarnaselt teiste riikide sotsiaaltöötajatega antakse infot sotsiaalteenuste, -toetuste ja kogukonna ressursside kohta. Vähe tegeletakse praegu veel klientide/ kliendirühmade terviseteadlikkuse suurendamisega, näiteks info edastamisega, kuidas saavutada suuremat kontrolli oma tervise üle, kuidas tervislik elu- ja käitumisviis võivad mõjutada kindlate (krooniliste) haiguste kulgu, kuidas ära hoida või edasi lükata tervisliku seisundi halvenemist, kuidas stressi juhtida, kuidas kasutada sotsiaalse toetusvõrgustiku ressursse jne. Ökosotsiaalne suhtumine sotsiaaltöös rõhutab, et haige poolt ravis ja hoolduses aktiivsema rolli võtmisel ning samas adaptatiivse inimese-keskkonna suhte saavutamisel

on oluline kliendi toetamine olukorra lahendamiseks motivatsiooni leidmise ja olemasolevate ressursside mobiliseerimise teel. Sotsiaaltöötaja saab aidata saavutada toimetulekukäitumist: pakkuda kliendile hetkel või tulevikus vajalikku informatsiooni ressursside kohta, soodustada või takistada teatud tegevusi (8).

Varasemates uurimustes (8) on rõhutatud psühhosotsiaalse hindamise tähtsust raviasutuste sotsiaaltöötajate klienditöös. Autori arvates näitab hindamise ja sekkumisplaani koostamise vähene esindatus Eestis seda, et tegevusvaldkond ei ole lihtsalt piisavalt välja kujunenud. Biopsühhosotsiaalsele käsitlelusele tuginedes põhjendatakse hindamise ja sekkumisplaani koostamise vajalikkust eelkõige preventiivse töö olulisusega (4). Eesmärk on kasutada ressursse nii kliendi kui ühiskonna jaoks optimaalselt ning saavutada kliendi võimalikult hea funktsioneerimisvõime tulevikus. Seepärast peab Eesti väheste sotsiaal- ja tervishoiuressursside juures saama hindamistegevus ning edasise sekkumise kavandamine väga oluliseks tegevuseks nii geriaatrias ja erivajadustega laste rehabilitatsioonis kui ka teistes valdkondades.

Uurimusest nähtus, et raviasutuste sotsiaaltöötajad tegelesid enam üksikklientidega kui kogukonnaga. Mitmes teoreetilises käsitluses rõhutatakse kogukonna tasandil sekkumise olulisust: biopsühhosotsiaalses käsitluses rõhutatakse

ennetustöö kavandamist ja elluviimist; ökosotsiaalses tuuakse välja sotsiaalsete muutuste soodustamine kogukonna tasandil; sotsiaalse tervise mudel nimetab organisatsioonide ja kogukondade funktsioneerimise parandamist, uute sotsiaalsete süsteemide loomist ja sotsiaalprobleemide uurimist ühiskonnas. Klienditöö on väga tähtis, kuid niisama oluline on väärtustada kogukonna tasandil sekkumise võimalusi ja teatud juhtudel tasub kaaluda, kas kliendi probleem ei ole terve kliendigrupi probleem ning sekkumine kogukonna tasandil tõhusam.

Eesti raviasutuste sotsiaaltöötajate töös väärivad eraldi äramärkimist, et teatud raviasutuste spetsialistide tegevuse hulka kuulus rühmatöö korraldamine. Kuna gruppitöö on osutunud mujal maailmas tõhusaks, siis väärivad rühmatööd korraldavate sotsiaaltöötajate tegevus tunnustust ning nende eeskuju järgimist.

Analüüsis selgus, et sotsiaaltöötajad teevad palju koostööd spetsialistidega raviasutuses ja väljaspool raviasutust. Järelikult peetakse koostööd oluliseks ja vajalikuks. Eriala identiteedi ning arengu seisukohalt on vajalik edaspidi tunnustada raviasutuste sotsiaaltöö ja sotsiaaltöö klienditöö, samuti kliendirühmade vajaduste uurimist.

Lõpetuseks võib öelda, et Eesti raviasutuste sotsiaaltöös tervikuna on esindatud enamik tegevusvaldkondi mis teisteski riikides.

Kirjandus

1. Auslander GK. Outcomes of social work interventions in health care settings. *Social Work in Health Care* 2000;2:31–46.
2. Auslander GK, Ben-Shachar I. Social work practice in health care. In: Loewenberg ed. Meeting the challenges of a changing society: 50 years of social work in Israel. Jerusalem: Magnus 1998. p.99–134.
3. Baraclough J, Dedman G, Osborn H, Willmott P. One hundred years of health-related social work. Basw Publication; 1996.
4. Chan CL, Rhind N. Social work intervention in health care. The Hong Kong Scene. Hong Kong University Press; 1997.
5. Vourlekis BS, Ell K, Padgett D. Educating social workers for health care's brave New World. *J Soc Work Ed* 2001;37(1):177–91.
6. Dhooper SS. *Social Work in Health Care in the 21st Century*. Thousand Oaks, CA Sage Publications; 1997.
7. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. In: Weinheim: Deutscher Studien Verlag 1990.p.55–6.
8. Gambrill E. Social Work: An authority-based profession. *Res SocWork Pract* 2001;11 (2):166–76.

Summary

On the activity of social workers in health care institutions in Estonia

The purpose of the study was to provide an analysis of the activities of hospital social workers in Estonia. The professional activities of the social workers were found out by collecting all job descriptions and by charting every single one of their professional activities in the duration of three weeks. These two basic research materials were analysed by using the method of qualitative content analysis and were categorised into 9 direct and 9 indirect practice groups of social work. The universal system of categories was based on the research data and on the job information of the social

workers of health care institutions in America, Australia and Europe. The research results indicated that the primary responsibilities in work with clients are the following: providing information, counselling and resourcing. Less is done to assess the particular needs of the clients or to discharge planning; the same concerns conduction of group work. Much energy and time goes for consulting different specialists.

Dagmar.Narusson@kliinikum.ee